Deutscher Bundestag **Drucksache 18/10530**

18. Wahlperiode 30.11.2016

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entschließungsantrag

der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, Dr. Harald Terpe, Dr. Franziska Brantner, Katja Dörner, Kai Gehring, Ulle Schauws, Tabea Rößner, Doris Wagner, Beate Walter-Rosenheimer, Kerstin Andreae, Ekin Deligöz, Britta Haßelmann, Sven-Christian Kindler, Markus Kurth, Dr. Tobias Lindner, Brigitte Pothmer, Corinna Rüffer und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

zu der dritten Beratung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung
– Drucksachen 18/9518, 18/9959, 18/10102 Nr. 19, 18/10510 –

Entwurf eines dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) der Regierungskoalition von CDU/CSU und SPD sollen zum einen die Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege aus dem Jahr 2015 umgesetzt werden. Zum anderen wird der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff nach dem PSG II im Recht auf Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Sozialgesetzbuch (SGB XII) eingeführt. Des Weiteren wird das Verhältnis zwischen den Leistungen der Pflegeversicherung, der Hilfe zur Pflege sowie der Eingliederungshilfe parallel zum in Beratungsprozess befindlichen Bundesteilhabegesetz (BTHG, BT-Drs. 18/9522) neu geordnet.

Diese Maßnahmen werden mit dem PSG III unbefriedigend umgesetzt. Bei der Stärkung der Kommunen geht die Bundesregierung allenfalls symbolische Schritte. Die Ausgestaltung der geplanten befristeten Modellvorhaben zur kommunalen Beratung ist unzureichend. Die Begrenzung der Modellkommunen auf maximal 60 ist zu wenig für ein aussagekräftiges Ergebnis. Durch die reine Konzentration der Modelle auf die Aufgabe der Beratung bleiben den teilnehmenden Kommunen zudem Möglichkeiten der Erprobung von Case und Care Management-Strukturen sowie der Planung und Gestaltung der pflegerischen Versorgung und Altenhilfe vor Ort verwehrt. Entsprechend werden von den Modellen keine weitreichenden Impulse etwa zur Entwicklung

moderner Quartierskonzepte ausgehen. Weitergehende Vorschläge der Bundestagsfraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN im Antrag „Pflege vor Ort gestalten“ (BT-Drs. 18/9668) wurden nicht aufgenommen. Das Pflegestärkungsgesetz stärkt demnach die Rolle der Kommunen in der Pflege keinesfalls.

An den Schnittstellen zwischen Sozialer Pflegeversicherung, Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen wird man die nun vorgesehenen Regelungen in der praktischen Auswirkung sehr genau beobachten und auswerten müssen. Es muss in jedem Falle vermieden werden, dass die verschiedenen Kostenträger auf dem Rücken der Betroffenen darüber in Konflikt geraten, wer für die Leistungen zuständig ist. Mit der Neuregelung muss sichergestellt sein, dass behinderte Menschen, die zugleich pflegebedürftig sind, abgestimmt aus einer Hand die Leistungen erhalten, die sie benötigen und dabei sowohl Zugang zu Leistungen aus der Pflegeversicherung als auch zu Leistungen der Eingliederungshilfe haben, die in diesen Fällen die Leistungen der Hilfe zur Pflege umfasst.

Für pflegebedürftige Menschen in vollstationären Behinderteneinrichtungen bleibt es bei der extrem fragwürdigen, seit Mitte der 1990er Jahre praktizierten Deckelung der Leistungen der Pflegeversicherung auf max. 266 Euro pro Monat. Der fatale Anreiz, Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf in stationäre Pflegeeinrichtungen „abzuschieben“, bleibt damit bestehen. Dies widerspricht dem allseits akzeptierten Leitgedanken der Inklusion von Menschen mit Behinderungen und der UN-Behindertenrechtskonvention.

Dass die Bundesregierung Maßnahmen gegen Abrechnungsbetrug in der (vor allem häuslichen) Pflege ergreift, ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings versäumt es die Bundesregierung, die Träger der Sozialhilfe angemessen in die Zusammenarbeit einzubeziehen.

Das PSG III berührt zudem die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten. Die Bundesregierung verlängert hier die 2009 eingeführten Modellklauseln zur Erprobung akademischer Erstausbildungen um weitere vier Jahre bis 2022. Die erfolgreich erprobte Akademisierung wird damit nicht regelhaft eingeführt, sondern erneut aufgeschoben. Es bleibt unsicher, ob, wann und wie eine Umsetzung erfolgt.

Bilanzierend muss das PSG III in einer Reihe mehrerer pflegepolitischer Maßnahmen betrachtet werden, die die Regierungskoalition im bisherigen Verlauf der 18. Wahlperiode vorgenommen hat. Hier sind vor allem die vorhergehenden Pflegestärkungsgesetze I und II zu nennen (BT-Drs. 18/1798, 18/5926). Trotz dieser durchaus umfänglichen Gesetze weisen viele der Maßnahmen in die falsche Richtung und zahlreiche zentrale Probleme bleiben ungelöst.

So haben CDU/CSU und SPD weiterhin kein Konzept für eine dauerhaft tragfähige Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung. Trotz der Anhebung des Beitragssatzes um insgesamt 0,5 Prozent, das entspricht rd. 6 Mrd. Euro, ist die Finanzierung nur bis maximal 2022 gesichert. Trotz der steigenden Beitragsbelastung bleibt es bei der unsolidarischen Zweiteilung in soziale und private Pflegeversicherung. So können sich auch weiterhin die wirtschaftlich leistungsstärksten und im Durchschnitt auch jüngeren und gesündesten Bevölkerungsgruppen dem Solidarausgleich entziehen. Zudem bleibt der mit dem PSG I eingeführte sog. „Pflegevorsorgefonds“ bestehen. Dieser hat nach einschlägiger Meinung von Expertinnen und Experten keinerlei nachhaltige Finanzierungswirkung. In den Fonds fließen jährlich ca. 1,2 Milliarden Euro an Beitragsmitteln, die für andere, dringende Aufgaben fehlen.

Verschoben wurde auch eine Lösung des dramatischen Problems des Personalmangels in der Pflege. Zwar wurde mit dem PSG II beschlossen, dass bis Mitte des Jahres 2020 ein Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen entwickelt und erprobt werden soll. Dies dauert jedoch zum einen sehr lange, zum

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

anderen ist keine verbindliche Einführung des Verfahrens vorgesehen. Die Weiterentwicklung der Ausbildung in den Pflegeberufen steht weiterhin aus.

Die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und am Menschen orientierten Pflege hat die Bundesregierung trotz der drei Maßnahmenpakete nicht erreicht.

II. Vor diesem Hintergrund fordert der Deutsche Bundestag die Bundesregierung auf,

A.) Änderungen zum Dritten Pflegestärkungsgesetz vorzulegen, mit denen

1. die Rolle der Kommunen in der Pflege wirksam gestärkt wird, durch
   - die Verankerung eines Initiativrechts für Kommunen zur Initiierung von Pflegestützpunkten und durch die Schaffung der Möglichkeit, statt Pflegestützpunkten in den Kommunen, neutrale Beratungs- und Vernetzungsstrukturen vor Ort für Pflege und Teilhabe zu schaffen;
   - die Stärkung der Steuerungs- und Planungskompetenz der Kommunen für die regionale Pflegestruktur;
   - die Sicherstellung der Beteiligung von Betroffenengruppen und Verbänden an neuen Gremien;
   - die Verankerung eines gesetzlichen Anspruchs auf ein unabhängiges, individuelles Case Management und durch die Schaffung der Möglichkeit, Pflege-Sachleistungen auf Wunsch als persönliches Budget in Anspruch zu nehmen;
   - die Schaffung eines Förderfonds unter Beteiligung der Pflegeversicherung, mit dem kommunale Maßnahmen der Pflegestrukturplanung inklusive Bürgerbeteiligung gefördert werden;
   - die Erprobung „Regionaler Budgets“, bei denen die Mittel der verschiedenen Leistungsträger für die Schaffung der Versorgungssicherheit im Quartier durch die Kommune genutzt werden;
   - das Setzen von Anreizen für die Länder, Beratung für Kommunen, die eine aktive Rolle in der bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung übernehmen wollen, anzubieten;
2. der Kostenvorbehalt bei Leistungen der Eingliederungshilfe wie auch bei der „Hilfe zur Pflege“ (§ 13 SGB XII) aufgehoben wird;
3. die in § 43a SGB XI manifestierte Ungleichbehandlung von behinderten Menschen mit Pflegebedarf, die in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe leben, beendet wird und diese Personen mindestens die Leistungen der Pflegeversicherung nach § 36 erhalten (Pflegesachleistungen bei häuslicher Pflege;
4. Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII auch nicht-pflegeversicherten Menschen SGB XII zuteilwird, auch im Pflegegrad 1 bedarfsdeckend ausgestaltet wird und auch Personen unterhalb des Pflegegrades 1 mit Pflegebedarf gewährt wird;
5. sichergestellt wird, dass der Leistungskatalog der Hilfe zur Pflege auch weiterhin umfassende und ganzheitliche Pflege- und Assistenz-Arrangements ermöglicht;
6. die vorgesehenen Maßnahmen gegen den Abrechnungsbetrug in der Pflege ergänzt werden um verbindliche Vorgaben zur Kooperation der gesetzlichen Pflegekassen bzw. des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen mit den jeweiligen örtlichen Sozialhilfeträgern;
7. bezüglich der Modellvorhaben im Ergotherapeutengesetz, im Hebammengesetz, im Gesetz über den Beruf des Logopäden und im Masseur- und Physiotherapeutengesetz zur Erprobung akademischer Erstausbildungen klare Ziele und Perspektiven für die Weiterentwicklung der entsprechenden Berufe nach Abschluss der Vorhaben formuliert werden;

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

B.) umgehend einen Gesetzentwurf vorzulegen, mit dem

1. zügig umfassende Maßnahmen gegen den Personalmangel in der Pflege ergriffen werden, u.a. durch die rasche Entwicklung, Erprobung und verbindliche Einführung eines bundeseinheitlichen Personalbemessungsinstruments, durch die Entwicklung einer integrativ gestuften Pflegeausbildung sowie durch ein durchlässigeres der Aus-, Fort- und Weiterbildungssystem;
2. eine Pflege-Bürgerversicherung eingeführt wird und die Leistungen der Pflege-Bürgerversicherung regelmäßig zu zwei Dritteln an die Lohn- und zu einem Drittel an die Inflationsentwicklung angepasst werden;
3. der Pflegevorsorgefonds nach den §§ 131 ff. SGB XI ersatzlos gestrichen wird und die dafür vorgesehenen Beitragssatzmittel zur Finanzierung aktuell notwendiger Leistungen verwendet werden.

Berlin, den 30. November 2016

Katrin Göring-Eckardt, Dr. Anton Hofreiter und Fraktion

Begründung

II.A. PSG III

Zu 1: Kommunen

Im Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege, das dem Dritten Pflegestärkungsgesetz vorausgeht, heißt es, dass „den Kommunen im Bereich der Pflege nur begrenzte Gestaltungsmöglichkeiten in Planung, Beratung und Steuerung zur Verfügung [stünden]. Sie [seien] jedoch aufgrund ihrer Kenntnisse und aufgrund ihrer originären Zuständigkeiten gut geeignet, in diesem wichtigen Feld der Versorgung ihrer Bevölkerung eine stärkere Rolle zu übernehmen.“ Im nächsten Absatz wird genauer definiert, was zu einer bedarfsgerechten Versorgung älterer und pflegebedürftiger Menschen gehört, nämlich „eine neutrale, effiziente und wohnortnahe Beratung, die die erforderlichen Informationen vermittelt und durch ein gutes Fallmanagement zur Verhinderung, Minderung und Bewältigung von Pflegebedürftigkeit beiträgt, ein breites Spektrum an Wohnformen, um Wahlfreiheit bezüglich des altersgerechten Wohnens zu sichern und dem Wunsch nach größtmöglicher Selbständigkeit Rechnung zu tragen, eine leistungsfähige, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung sowie die Gestaltung des Sozialraums/der Lebenswelt, in dem/der Familie, bürgerschaftliches Engagement und Nachbarschaftshilfe von Fachkräften sinnvoll ergänzt werden“.

Diesen Anregungen werden die Maßnahmen des Dritten Pflegestärkungsgesetzes nicht annähernd gerecht. Im Mittelpunkt der „Stärkung der Rolle der Kommunen“ steht die Einführung einer Neuregelung in den §§ 123 und 124 SGB XI, mit denen befristete Modellvorhaben zur kommunalen Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen aufgelegt werden. Deren Ausgestaltung ist jedoch inhaltlich sehr kurzgreifend. Die Begrenzung der Modellkommunen auf maximal 60 ist zu wenig für ein aussagekräftiges Ergebnis. Durch die reine Konzentration der Modelle auf die Aufgabe der Beratung bleiben den teilnehmenden Kommunen zudem Möglichkeiten der Erprobung von Case und Care Management-Strukturen sowie der Planung und Gestaltung der pflegerischen Versorgung und Altenhilfe vor Ort verwehrt. Entsprechend werden von den Modellen keine weitreichenden Impulse etwa zur Entwicklung moderner Quartierskonzepte ausgehen. Weitere Regelungen zu den Modellvorhaben sind schlicht unverständlich und lassen vermuten, dass ihr Scheitern beabsichtigt ist, so etwa die Vorgabe, dass die Hälfte der Modellkommunen über keine mehrjährigen Erfahrungen in der Beratungstätigkeit verfügen dürfen. Dieser Anteil ist extrem hoch. Damit besteht die Gefahr, dass bei der späteren Evaluation der Modelle allein der

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

vermeintliche Beleg erbracht wird, dass die Modelle gescheitert sind, die Stärkung der Kommunen also insgesamt nicht sinnvoll sei. Hinzu kommen als weitere Probleme, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen sowohl mit der Erstellung der Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung wie auch mit der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben beauftragt wird. Insbesondere die Begleitung und Auswertung muss zwingend unabhängig von wissenschaftlicher Seite erfolgen, sinnvolle Zielvorgaben könnten auch im Gesetz an sich vorgenommen werden. Dies auch vor dem Hintergrund, dass insbesondere der Spitzenverband Bund sich im Gesetzgebungsverfahren dezidiert gegen die Modellvorhaben ausgesprochen hat. Als weiteres Problem kommt die sehr lange Laufzeit der Modelle hinzu. Der endgültige Abschluss aller Modelle kann sich bis ins Jahr 2026 ziehen, was angesichts des hohen Handlungsdrucks in der Pflege ein sehr langer Zeitraum ist.

Die Bundestagsfraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN hat in ihrem Antrag „Pflege vor Ort gestalten – Bessere Bedingungen für eine nutzerorientierte Versorgung schaffen“ (BT-Drs. 18/9668) deutlich weitergehende Vorschläge für eine wirkliche Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege unterbreitet. Die Bundesregierung hat diese nicht aufgenommen.

Zu den Forderungen im Einzelnen:

Für eine gute, individuelle Versorgung älterer und pflegebedürftiger Menschen brauchen wir Strukturen, die weit über Pflegestützpunkte hinausgehen. Auch die Vernetzung von Angeboten wie zum Beispiel mit den Selbsthilfegruppen, den Krankenhäusern und Heilmittelerbringern, von ehrenamtlichen Pflegebegleitern, der ambulanten Dienste, der mobilen Reha oder der Gemeindeschwester etc. soll vor Ort geleistet werden. Es kann auch fachliche Beratung und Begleitung für Kommunen angeboten werden, die etwas anstoßen wollen, etwa bei der Gründung von Runden Tischen zur Pflege. Die 60 Modellprojekte zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehöriger würden in dieser Regelung aufgehen.

Ein Gesundheits- und Pflegebeirat, dem Patienten- und Selbsthilfeorganisationen sowie VertreterInnen aus der Kommunalpolitik angehören könnten, wäre dafür zuständig, lokale Versorgungsprobleme zu ermitteln und könnte als weiteres Bindeglied zwischen der gesundheitlichen und der pflegerischen Versorgung vor Ort fungieren.

Kommunen sollten die Möglichkeit erhalten, im Zusammenwirken mit städteplanerischen Instrumenten Sozialräume so zu entwickeln, dass pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben können. Damit überließe man die Ausgestaltung der pflegerischen Infrastruktur nicht mehr alleine dem Wettbewerb, sondern übertrüge sie den Kommunen mit. Mit Einführung der Pflegeversicherung wurde in Bezug auf die Entwicklung und Steuerung der pflegerischen Infrastruktur der bisherige Vorrang der Freien Wohlfahrtspflege zugunsten einer gesetzlich verankerten Gleichstellung von gemeinnützigen und privat-gewerblichen Trägern von Pflegediensten und Einrichtungen aufgegeben. Zugleich erhielten alle Pflegeeinrichtungen einen gesetzlich verankerten Rechtsanspruch auf Abschluss von Versorgungsverträgen unabhängig vom konkret vorliegenden Bedarf. Damit sollte ein geschlossener Markt der zugelassenen Pflegeeinrichtungen verhindert werden, neue, innovative Leistungsanbietern einen Zugang zum Pflegemarkt erhalten und so der Wettbewerb unter den Pflegeeinrichtungen gefördert werden. In der Realität führt das jedoch häufig zum Bau von überdimensionierten Großeinrichtungen, die so von den pflegebedürftigen Menschen nicht gewünscht werden. Entsprechend wäre zu überlegen, ob die kommunale Planung im SGB XI verankert werden soll. Damit bekämen auch die Länder, die das bereits in ihren Landespflegegesetzen vorsehen, mehr Rechtssicherheit.

Eine bessere Beteiligung der unmittelbar Betroffenen, also in erster Linie Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen, kann durch die erwähnten Gesundheits- und Pflegebeiräte geschehen. Darüber hinaus sollten jedoch die Verbände der Vertreter von Patientinnen und Patienten und Pflegebedürftigen auch mit Stimmrecht im Qualitätsausschuss vertreten sein. Auch wenn ein Landespflegeausschuss zur sektorübergreifenden Zusammenarbeit eingerichtet wurde, oder wenn es regionale Ausschüsse in Landkreisen und kreisfreien Städten gibt, sollten die Verbände der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie die Wohlfahrtsverbände Mitglieder entsenden.

Ein individueller Case Manager und ein persönliches Pflegebudget sind Garanten für eine nutzerorientierte Versorgung vor Ort. Mit Hilfe des individuellen Case Managers oder der Case Managerin können Pflegebedürftige sich ihre Leistungen nach ihrem festgestellten Pflegebedarf selbst zusammenstellen. Modellversuche haben erwiesen, dass dies zu deutlichen Verbesserungen des Pflegearrangements führt und damit Pflegebedürftige wie ihre Angehörigen gleichermaßen entlastet werden (vgl. Abschlussbericht zum Pflegebudget 2008,

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/pflegebudget/1Anlage_PB-Gesamtzusammenfassung_3271.pdf).

Es gibt auch jetzt schon einen Rechtsanspruch auf Pflegeberatung im SGB XI, nach dem „Personen, die Leistungen nach diesem Buch erhalten, […] Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten“ haben (§ 7a SGB XI). Allerdings wird dieser Anspruch von den Kassen sehr unterschiedlich erfüllt. Darüber hinaus ist nicht gewährleistet, dass der entsprechende Pflegeberater oder die Pflegeberaterin auch tatsächlich eng in die kommunalen Strukturen eingebunden ist.

Wenn die Kommunen zusätzliche Aufgaben übernehmen sollen, muss es dafür auch eine Gegenfinanzierung geben. Dabei geht es nicht um eine Vollfinanzierung durch die Pflegeversicherung sondern darum, die ohnehin für Beratung und Pflege sowie Leben und Wohnen im Alter vorgesehen Finanzströme, Personal- und Sachmittel, etwa von den Pflegekassen, dem Programm Soziale Stadt, den Trägern der Hilfe zur Pflege usw. verlässlich zu machen, damit die Kommunen kontinuierlich ihre Quartiersarbeit leisten können. Eine Möglichkeit bestünde in diesem Zusammenhang in der von den Antragstellern geforderten Reform des § 43a SGB XI (vgl. Forderung 4). Die Gewährung von häuslichen Leistungen der Pflegeversicherung für Menschen in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe würde zu deutlichen Kostenentlastungen der Kommunen (Träger der Eingliederungshilfe) in Höhe von schätzungsweise 1,6-1,8 Mrd. Euro führen. Diese Mittel sollten gezielt verwendet werden für eine effektive Stärkung der Rolle der Kommunen, etwa indem diese verpflichtet werden, örtliche Strukturen des Care Managements aufzubauen und zu koordinieren.

Bei regionalen Budgets erhalten Kommunen die Verantwortung für die Gelder der Pflegekassen. Am Leistungsanspruch der Pflegebedürftigen ändert sich nichts. Die Kommunen können die Mittel bspw. für einen stärkeren Ausbau des ambulanten Bereichs einsetzen und dabei Mittel einsparen, beispielsweise durch die Möglichkeit, Verträge der integrierten Versorgung mit Leistungsanbietern zu schließen. Überschüssiges Geld muss in die Pflege zurückfließen, so wird Zweckentfremdung vermieden und es entstehen Anreize zum Aufbau entsprechender Strukturen. Allerdings birgt das regionale Budget auch Risiken, so sind bei hoher stationärer Versorgungsquote fiskalische Verluste denkbar. Deshalb soll im Rahmen von Modellprojekten die kommunale Verantwortung für regionale Budgets erprobt und evaluiert werden, um anhand der Ergebnisse verbindliche Regelungen für regionale Budgetverantwortung der Kommune zu verfassen.

Die meisten Kommunen schöpfen ihr Beteiligungspotential noch nicht aus. Sie sind auch nicht ohne weiteres in der Lage, eine Vernetzungsstruktur und neue Angebote aufzubauen. Wenn sie jedoch eine Beratung erhielten, könnten sie die Versorgungssituation vor Ort stark verbessern. In einigen Ländern geschieht das bereits. In Nordrhein-Westfalen berät das „Landesbüro altengerechte Quartiere“ Kommunen, aber auch andere Akteure wie Initiativen, Unternehmen, Institutionen und Einrichtungen bei der Entwicklung von alternativen Konzepten, innovativen Projekten und nachhaltig demographiefesten Strukturen für altengerechte Quartiere (vgl. Altengerechte Quartiere NRW, online unter: http://www.aq-nrw.de/landesbuero-altengerechte-quartierenrw/landesbuero.html?&nav_lb=lb).

Weiterhin hat das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) mit dem Projekt „Qualifizierungsmaßnahmen für das Kommunale Quartiers-Management (KoQuMa)“ beauftragt. Im Rahmen dieses Projektes wird interessierten Kommunen eine umfassende Qualifizierung angeboten, wie sie die altengerechte Quartiersentwicklung besser anstoßen und begleiten können (vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe, online unter: https://www.kda.de/news-detail/items/unterstuetzungsangebot-fuer-kommunen-bei-der-altengerechten-quartiersentwicklung.html).

In Rheinland-Pfalz ist die „Servicestelle für kommunale Struktur- und Pflegeplanung“, die durch das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz (MSAGD) gefördert wird, Ansprechpartnerin für Kommunen bei allen Fragen zu den Themen Pflege und Wohnen und berät sie bei den erforderlichen Planungsprozessen. Darüber hinaus organisiert sie Fachveranstaltungen und Veranstaltungen zum Austausch und zur Vernetzung (vgl. Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. , online unter: https://www.lzg-rlp.de/de/servicestelle-fuer-kommunale-pflegestrukturplanung-und-sozialraumentwicklung.html).

Zu 2: Kostenvorbehalt

Der Kostenvorbehalt besagt, dass der Grundsatz „ambulant vor stationär“ nicht gilt, „wenn eine Leistung für eine geeignete stationäre Einrichtung zumutbar und eine ambulante Leistung mit unverhältnismäßigen Mehrkosten

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

verbunden ist“. Der Kostenvorbehalt kann bedeuten, dass die Sozialämter darüber entscheiden, wo und wie ein Mensch zu leben hat. Das ist ein Eingriff in die Selbstbestimmung des Menschen. Zudem ist der Kostenvorbehalt ein massives Hindernis für den Ausbau einer Pflege- und Betreuungsinfrastruktur vor Ort.

Zu 3: § 43a SGB XI

§ 43a SGB XI begrenzt den Anspruch pflegebedürftiger Menschen, die in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe leben, bisher auf 10 Prozent der Heimkosten, maximal jedoch 266 Euro. Im PSG III ist vorgesehen, den Anteil von 10 auf 15 Prozent zu erhöhen, die Obergrenze von 266 Euro soll jedoch bestehen bleiben. Obwohl mit dem parallel verhandelten Entwurf der Bundesregierung für das Bundesteilhabegesetz (BTHG) das Ziel verfolgt wird, die Unterscheidung in ambulante und stationäre Leistungen aufzuheben, schreibt das PSG III diese Benachteiligung explizit fort. Immerhin hat die Bundesregierung im laufenden Verfahren nun aber zumindest davon abgesehen, den Geltungsbereich des § 43 a SGB XI auch auf bestimmte ambulante Wohnformen auszudehnen, wie dies im ursprünglichen Gesetzentwurf zum PSG III noch vorgesehen war. Dennoch bleibt der fatale Anreiz bestehen, Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf in stationäre Pflegeeinrichtungen „abzuschieben“. Dies widerspricht dem allseits akzeptierten Leitgedanken der Inklusion von Menschen mit Behinderungen und der UN-Behindertenrechtskonvention. Diese Einschätzung wird auch gestützt durch ein wissenschaftliches Gutachten von Prof. Dr. iur. Felix Welti aus dem Jahr 2015, der zudem zum Ergebnis kommt, dass § 43a insofern verfassungswidrig sei, da die Regelung die allgemeine Handlungsfreiheit nach Art. 2 Abs. 1 GG, das Benachteiligungsverbot nach Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG und den allgemeinen Gleichheitssatz nach Art. 3 Abs. 1 GG verletze (vgl. Prof. Dr. iur. Felix Welti: „Die Sonderregelung der Pflegeversicherung in Wohneinrichtungen für behinderte Menschen nach §§ 36 Abs. 1 Satz 2, 43a Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung“, Gutachten für den Landeswohlfahrtsverband Hessen, September 2015)

Es ist deshalb überfällig, diese Regelung aufzuheben. Sofern Menschen mit Behinderungen außerhalb eines nach dem SGB XI anerkannten Pflegeheimes Pflege benötigen, sind ihnen zumindest die Leistungen zur Verfügung zu stellen, die bei der Pflege in der eigenen Häuslichkeit bewilligt würden. Das wären die Pflegesachleistungen im häuslichen Umfeld nach § 36 SGB XI. Dem aktuellen Barmer GEK Pflegereport 2016 von Heinz Rothgang u.a. zufolge würde dies Mehrkosten für die Soziale Pflegeversicherung in Höhe von ca. 1,6-1,8 Milliarden Euro verursachen, aber auch zu einer etwa analogen Entlastung der Träger der Eingliederungshilfe führen (vgl. Heinz Rothgang, Thomas Kalwitzki, Rolf Müller, Rebecca Runte, Rainer Unger: BARMER GEK Pflegereport 2016. S. 59f.). Diese Mehrkosten könnten beispielweise durch eine Abschaffung des Pflegevorsorgefonds nach §§ 131ff. SGB XI größtenteils refinanziert werden (s.u. Forderung II.3). Der Fonds leistet nach einhelliger Meinung von Expertinnen und Experten keinen Beitrag zu einer nachhaltigen Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung. In den Fonds fließen bis zum Jahr 2035 jährlich 1,2 Mrd. Euro an Beitragsmitteln.

In einer strukturellen Gesamtbetrachtung der Pflegeversicherung und angrenzender Leistungssysteme erweist sich die Regelung in § 43a SGB XI als einer von mehreren „Verschiebebahnhöfen“. Gemeint sind damit problematische Schnittstellen, an denen Kostenzuständigkeiten in andere Leistungssysteme abgeschoben werden bzw. immer wieder Unklarheiten und in der Folge Streitigkeiten auftreten, welcher Kostenträger denn nun zuständig ist.

Zahlreiche dieser Schnittstellenprobleme werden seit Jahren in der Fachwelt und auch politisch zwar diskutiert, bleiben bisher aber ungelöst. Mit ihnen gehen in aller Regel systematische Fehlanreize einher, die sich im Endeffekt in unzureichenden Leistungen widerspiegeln, unter denen die Betroffenen zu leiden haben, wie es etwa am Beispiel der Auswirkungen des § 43a SGB XI zum Ausdruck kommt. Ein weiteres Beispiel ist die seit Mitte der 1990er Jahre strittige Regelung der Kostenübernahme der medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen. Seit Einführung der Sozialen Pflegeversicherung wird die medizinische Behandlungspflege im ambulanten Bereich nach § 37 Abs. 2 SGB V durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) finanziert. Die medizinische Behandlungspflege hingegen in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege, der Kurzzeitpflege und der vollstationären Pflege wird aus den gedeckelten Leistungssätzen der Sozialen Pflegeversicherung finanziert. Da diese in aller Regel nicht ausreichend sind, um die Kosten der pflegerischen Versorgung abzudecken, müssen die Betroffenen in diesen Settings die Behandlungspflege letztlich selbst bezahlen bzw. zuzahlen, während Versicherte im häuslichen Umfeld dies nicht müssen. Für diese Ungleichbehandlung nach dem Ort der Leistungserbringung gibt es keine schlüssige fachliche Begründung. Ursache ist allein ein politischer unionsinterne Kompromiss im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Ersten SGB XI-Änderungsgesetz im Jahr 1996 zwischen den damaligen Bundesministern für Arbeit und Sozialordnung sowie für Gesundheit. Zudem werden

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

auch systematische Fehlanreize beschrieben, die darauf hindeuten, dass Krankenkassen ein tendenziell größeres Interesses an stationären Versorgungsformen zeigen, um die Kosten der Behandlungspflege an die Pflegeversicherung abzuschieben (vgl. Rolf Hoberg, Thomas Klie, Gerd Künzel, Strukturreform PFLEGE und TEILHABE, November 2013).

Ein weiteres Beispiel ist die in der Praxis mangelhafte Umsetzung des Prinzips Rehabilitation vor Pflege. Die gesetzliche Krankenversicherung erfüllt als Träger der pflegevermeidenden Rehabilitation diese Aufgabe kaum. Ursächlich sind auch hier systematische Fehlanreize, da für die medizinische Rehabilitation nicht derjenige Träger zuständig ist, der das Risiko des Scheiterns trägt. Weiterhin erschwert die mangelhafte Umsetzung des § 40 Absatz 3 SGB V, wonach die Krankenversicherung bei unterlassener Rehabilitationsleistung Strafzahlungen an die Pflegeversicherung leisten muss, die pflegevermeidende Rehabilitation. Auch hier kommt es in der Praxis immer wieder zum Verweis des einen Kostenträgers auf einen anderen, was die gute und zügige Versorgung der Versicherten verzögert oder gar verhindert. Zur wirksamen Umsetzung des Prinzips Rehabilitation vor Pflege sind verschiedene Wege denkbar. Zum einen könnte die Pflegeversicherung in den Kreis der Rehabilitationsträger aufgenommen werden. Als Rehabilitationsträger entwickelt sie somit ein eigenes Interesse an medizinischer Rehabilitation zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und kann dies besser durch- setzen. Als weitere Option wird auch die Möglichkeit von Ausgleichszahlungen der sozialen Pflegeversicherung an die gesetzliche Krankenversicherung diskutiert. So könnten die Anreize für die Krankenkassen, ihrer Aufgabe der pflegerischen Rehabilitation nachzukommen, deutlich erhöht werden. Ausführlich hat die Bundestagsfraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN dazu Stellung genommen im Antrag „Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung menschenrechtskonform gestalten“ (BT- Drs. 18/3155).

Diese und weitere Schnittstellenprobleme bedürfen dringend einer Gesamtbetrachtung und einer abgestimmten Lösungsstrategie.

Zu 4: Nicht-Versicherte und Bedarfsdeckung in Pflegegrad 1

In Deutschland ist eine kleine, aber doch erkennbare Gruppe von Menschen trotz der allgemeinen Versicherungspflicht nicht pflegeversichert. Dies sind zumeist Menschen, die von Suchterkrankungen oder Wohnungslosigkeit betroffen sind oder ältere jüdische Menschen, die aus den Gebieten der ehemaligen Sowjetunion stammen und keine bzw. unzureichende Vorversicherungszeiten in der Pflegeversicherung aufweisen und daher nicht leistungsberechtigt sind. Diese Personengruppe ist insofern gegenüber anderen pflegebedürftigen Menschen benachteiligt, da sie etwa nicht beim sog. „doppelten Stufensprung“ berücksichtigt werden, wenn eine eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt, da das SGB XII diese Definition nicht kennt. Zudem bleiben ihnen auch die zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 43b SGB XI (bisher § 87b SGB XI) verwehrt. Diese Ungleichbehandlung sollte behoben werden, indem den Betroffenen analoge Leistungen zugesichert werden.

Ein weiteres Problem betrifft pflegebedürftige Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII, die in den Pflegegrad 1 eingruppiert werden. Diese erhalten nach § 63 SGB XII künftig nur noch teilweise, keine bedarfsdeckenden Leistungen der Hilfe zur Pflege. Hilfen im häuslichen, teilstationären und stationären Bereich bleiben ihnen weitestgehend verschlossen, wenn sie die Kosten, die über die gedeckelten Leistungen der Pflegeversicherung hinausgehen, selbst aufbringen müssten.

Überdies kann auch bei pflegebedürftigen Menschen, die den Pflegerad 1 knapp nicht erreichen, ein zwar geringer Hilfebedarf bestehen, der aber dennoch über die Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII abgedeckt werden sollte. Im derzeitigen Recht der Hilfe zur Pflege sind diese geringen Hilfebedarfe gedeckt, künftig sollen sie dies nicht mehr sein.

Zu 5: Andere Verrichtungen

Pflegebedürftige Menschen benötigen ganzheitliche Unterstützung. Der Neue Pflegebedürftigkeitsbegriff trägt dem in weiten Teilen Rechnung. Die Umsetzung im Rahmen der Hilfe zur Pflege birgt jedoch die Gefahr, dass der bisher offene, über die durch die von der Pflegeversicherung erfassten Verrichtungen hinaus reichenden Leistungskatalog durch ein Leistungsspektrum ersetzt wird, dass als abgeschlossen interpretiert werden kann. Dies würde Pflegearrangements von Menschen gefährden, die auf umfassende und ganzheitliche Unterstützung angewiesen sind, was verhindert werden muss.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu 6: Maßnahmen gegen den Abrechnungsbetrug

Ermittlungen und Medienberichte haben gezeigt, dass es einzelne Dienstleister im Pflegebereich gibt, die durch das falsche Abrechnen nicht erbrachter Leistungen oder durch den Einsatz von nicht ausreichend qualifiziertem Personal unrechtmäßig Gelder aus der Pflegeversicherung und der Hilfe zur Pflege beanspruchen und damit einen hohen finanziellen und ideellen Schaden anrichten. Es handelt sich dabei eindeutig um kriminelle Strukturen, die den Ruf einer ganzen Branche gefährden. Außerdem werden pflegebedürftigen Menschen gute Leistungen vorenthalten. Deswegen ist es richtig, dass nunmehr Gegenmaßnahmen eingeleitet werden sollen. Es werden aber hauptsächlich die Möglichkeiten für Pflegekassen erweitert, um gegen Betrugsfälle vorzugehen. Im vorliegenden Pflegestärkungsgesetz III erhalten die Landesverbände der Pflegekassen beispielsweise das Recht, neben Wirtschaftlichkeitsprüfungen auch Abrechnungsprüfungen zu veranlassen, wenn Anhaltspunkte dafür bestehen, dass eine Pflegeeinrichtung fehlerhaft abrechnet. Was noch weitgehend fehlt, ist die Beteiligung der Sozialhilfeträger in diesem Bereich, obwohl sie über die Hilfe zur Pflege einen großen Teil der Kosten für Pflege in Deutschland tragen. Deswegen ist dafür Rechnung zu tragen, dass die Sozialhilfeträger beim Vorgehen gegen Betrugsstrukturen angemessen eingebunden werden und eine Zusammenarbeit aller Beteiligten gewährleistet ist.

Zu 7: Modellvorhaben für nicht-akademische Gesundheitsberufe

Die im Jahr 2009 eingeführten Modellvorhaben im Ergotherapeutengesetz, im Hebammengesetz, im Gesetz über den Beruf des Logopäden und im Masseur- und Physiotherapeutengesetz zur Erprobung akademischer Erstausbildungen werden mit dem PSG III um weitere vier Jahre bis zum Jahr 2021 verlängert werden. Der Grund für diese Verlängerung erschließt sich nicht sogleich, da die Bundesregierung diese Verlängerung mit keiner inhaltlichen, konzeptionellen Perspektive versieht. Die Verlängerung ist nur insofern akzeptabel, als genügend Zeit gegeben sein muss, bestimmte Maßnahmen nach Abschluss der Vorhaben umzusetzen. Dies müsste etwa eine Überarbeitung der Berufsgesetze und Ausbildungs- und Prüfungsordnungen, und die Nennung eines verbindlichen Zeitpunktes, ab wann es eine gesetzlich geregelte akademische Erstausbildung für angehende Ergotherapeuten, Logopäden und Physiotherapeuten geben soll, umfassen. Darüber hinaus wäre es sehr wünschenswert, auch die berufliche Ausbildung kostenfrei zu gestalten.

II.B.

Zu 1: Personalmangel

In den allermeisten stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Diensten besteht ein chronischer Personalmangel, der die Betriebe, vor allem aber die Pflegekräfte vor extreme, zum Teil unzumutbare dauerhafte Belastungssituationen stellt und die Sicherung der qualitativ hochwertigen Versorgung von Pflegebedürftigen gefährdet. Nach Berechnungen der Bertelsmann-Stiftung werden bis 2030, je nach Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen und der Pflegeorganisation, bis zu 500.000 Vollzeitkräfte in der Langzeitpflege fehlen (vgl. Bertelsmann-Stiftung, online unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Themenreport_Pflege_2030.pdf).

Für eine angemessene Personalausstattung gibt es keine ausreichend verbindlichen Regelungen. Daher sind gesetzliche Regelungen notwendig, die eine verbindliche Personalbemessung und damit die Anzahl der Pflegekräfte festlegen. Es muss sichergestellt werden, dass die für den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff vorgesehenen zusätzlichen Beitragsmittel in zusätzliche Leistungen für pflegebedürftige Personen und damit zum überwiegenden Teil in mehr Personal investiert werden. Durch die vor allem mit den Pflegestärkungsgesetzen I und II vorgesehene, im Grundsatz zu begrüßende Ausweitung der Leistungen der Pflegeversicherung wird es mehr anspruchsberechtigte Personen geben. Die neuen Leistungen selbst dürften teilweise zeitintensiver sein als die gegenwärtigen, da sie explizit auf Aktivierung und Teilhabe angelegt sind. Sie müssen von qualifiziertem Pflegepersonal erbracht werden. Die Einführung von Personalbemessungsvorgaben ist daher für die Sicherung einer hochwertigen qualitätsgesicherten Pflege als auch für die Stärkung und Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs unerlässlich. Mit dem 2015 beschlossenen PSG II hat die Bundesregierung daher nach § 113c SGB XI die Vertragsparteien bis Mitte 2020 mit der „Entwicklung und Erprobung ein wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben“ beauftragt. Das weist zwar in die richtige Richtung. Die zeitliche Perspektive ist jedoch deutlich zu lang, das Verfahren muss zügiger entwickelt werden. Vor allem aber fehlt jegliche verbindliche Regelung, das Verfahren nach der Erprobung auch sicher einzuführen. Daran führt jedoch kein Weg vorbei.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zusätzlich zu einer ausreichenden Personalausstattung sind motivierende Arbeitsbedingungen und teamorientierte Organisationsstrukturen wichtige Voraussetzungen für eine qualitativ hochwertige Versorgung in der Pflege. Dazu gehören eine familienfreundliche Arbeitszeitorganisation ebenso wie auskömmliche und langfristigere Anstellungsverhältnisse sowie Betreuungsmöglichkeiten für Kinder.

Des Weiteren ist eine Reform der derzeitigen Ausbildung in den drei Pflegeberufen notwendig. Die Regierungskoalition von CDU/CSU und SPD ist aktuell nicht in der Lage, sich auf ein schlüssiges Konzept zu verständigen. Die Bundestagsfraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN hat dazu bereits im Jahr 2011 das Konzept für eine integrativ gestufte Pflegeausbildung vorgelegt und im März 2016 einen Antrag mit umfassenden Reformvorschlägen zur Aus-, Fort- und Weiterbildung eingebracht (BT-Drs. 18/7880, „Integrative Pflegeausbildung – Pflegeberuf aufwerten, Fachkenntnisse erhalten“). Darin wird die Entwicklung eines Konzeptes für eine integrativ gestufte Ausbildung gefordert. Dabei werden im ersten Ausbildungsabschnitt (eineinhalb bis zwei Jahre) identische Ausbildungsinhalte unterrichtet. Im zweiten Teil (ein bis eineinhalb Jahre) spezialisieren sich die Auszubildenden in einem der drei Berufe, mit dem sie die Ausbildung abschließen. Diese Form der Ausbildung schafft die Basis für eine verbesserte Zusammenarbeit der Pflegeberufe. Die Einsatzfelder und Entwicklungsmöglichkeiten der Auszubildenden werden erweitert. Eine Nachqualifizierung in einem der anderen Pflegeberufe wird erleichtert. Zugleich jedoch bleibt die derzeitige Spezialisierung weiter bestehen, das heutige Niveau der Versorgungsqualität bleibt erhalten. Die Ausbildung muss in allen Bundesländern kostenfrei sein.

Des Weiteren muss das Aus-, Fort- und Weiterbildungssystem durchlässiger gestaltet, das Qualifizierungssystem modular aufgebaut werden und von der Pflegehilfskraft bis zur Professur für Pflegewissenschaften alle Qualifikationsstufen umfassen. Bereits geleistete Ausbildungsinhalte müssen anerkannt, bestehende Ausbildungsstrukturen zwar erhalten, aber besser miteinander vernetzt werden. Die Durchlässigkeit zwischen den Sektoren muss erhöht werden. So wie heute bereits eine Gesundheits- und Krankenpflegekraft selbstverständlich in einer stationären Einrichtung für Altenpflege arbeiten kann, soll es zukünftig ebenso möglich sein, dass eine Altenpflegekraft ihr Fachwissen im Krankenhaus einbringt, etwa im Umgang mit demenzkranken Patientinnen und Patienten. Um eine konsequente Durchlässigkeit für alle Ebenen der Pflegeausbildung zu garantieren, bedarf es auch der Harmonisierung der teils sehr unterschiedlichen länderspezifischen Regelungen für die Heilerziehungspflege sowie Pflegehilfs- und Assistenzberufe. Des Weiteren wird die Einberufung eines Gesundheitsberufegipfels angeregt, um eine Neuaufstellung der Gesundheitsberufe – sowohl was die Qualifikation als auch was die Aufgabenverteilung und die Kompetenzen angeht – grundlegend in Angriff zu nehmen. Neben der Ärzteschaft und der Pflege müssen alle weiteren akademischen und nicht-akademischen Gesundheitsberufe wie etwa Psychotherapeutinnen und die Heilmittelerbringer einbezogen werden.

Zu 2: Pflege-Bürgerversicherung

Eine nachhaltige Finanzierung der Pflege ist angesichts der demografischen Entwicklung, die u.a. mit einer steigenden Zahl pflegebedürftiger Menschen einhergehen wird, unabdingbar. Das hätte zuallererst oder zumindest doch parallel in Angriff genommen werden müssen, um eine solide Basis für alle notwendigen Leistungsverbesserungen zu schaffen. Dies muss nun zügig nachgeholt werden.

Wie auch in der Krankenversicherung ist die Zweiteilung in Soziale und Private Pflegeversicherung (SPV/PPV) ungerecht und unbegründet. Sie sollen daher in einer Pflege-BürgerInnenversicherung zusammengeführt werden. Da SPV und PPV seit jeher einen identischen Leistungskatalog aufweisen, ist der Übergang in eine BürgerInnenversicherung zügig umsetzbar. In der Pflege-BürgerInnenversicherung nach dem Modell der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sind alle Bürgerinnen und Bürger Mitglied. Alle Einkunftsarten – auch Vermögenseinkommen, Gewinne und Mieteinkünfte – werden in die Finanzierung der Pflegeversicherung einbezogen. Damit durch die Heranziehung weiterer Einkommensarten nicht vor allem kleine und mittlere Einkommensbezieherinnen und -bezieher belastet werden, sind für die zusätzlichen Einkommensarten Freigrenzen einzuräumen. Die Beitragsbemessungsgrenze wird auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung (West) angehoben. Die Beiträge auf Erwerbseinkommen aus abhängiger Beschäftigung werden weiterhin paritätisch finanziert. Die Pflege-BürgerInnenversicherung kann auch durch private Versicherungsunternehmen angeboten werden, die sich dem Wettbewerb mit den gesetzlichen Kassen stellen müssen. Die Regeln, die dabei gelten, sind: Umlagefinanzierung, einkommensbezogene Beiträge, einheitlicher Leistungskatalog, Kontrahierungszwang, Diskriminierungsverbot.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zudem werden die Leistungen der Pflege-BürgerInnenversicherung im Gegensatz zur geltenden Rechtslage regelmäßig so angepasst (dynamisiert), dass ein Realwertverlust der Leistungen vermieden wird. Da sich die Pflegekosten zu etwa zwei Dritteln aus Personal- und zu etwa einem Drittel aus Sachkosten zusammensetzen, werden die Leistungen regelmäßig in diesem Verhältnis an die Lohn- und Inflationsentwicklung angepasst.

Ein im Auftrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN erstelltes Gutachten des Zentrums für Sozialpolitik der Universität Bremen (Prof. Dr. Heinz Rothgang, Dr. Robert Arnold u. a.: „Berechnungen der finanziellen Wirkungen verschiedener Varianten einer Pflegebürgerversicherung. Gutachten aus dem Zentrum für Sozialpolitik im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen“, 10/2011) ergibt, dass durch die Einbeziehung aller Bürgerinnen und Bürger sowie Einkommensarten nicht nur die Solidarität im System gestärkt, sondern auch der Anstieg der Pflegeversicherungsbeiträge im Rahmen der demografischen Entwicklung zwar nicht vermieden, aber deutlich gedämpft und auf ein überschaubares Maß reduziert werden kann.

Zu 3: Pflegevorsorgefonds

Der mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz (PSG 1) eingeführte Pflegevorsorgefonds (§§ 131 ff. SGB XI) leistet nach einhelliger Meinung von Expertinnen und Experten keinen Beitrag zu einer nachhaltigen Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung. In den Fonds fließen bis zum Jahr 2035 jährlich 1,2 Mrd. Euro an Beitragsmitteln. Bis zum Jahr 2055 soll der Fonds dann entleert werden, um den Beitragssatz zur Pflegeversicherung senken zu können. Das funktioniert nicht. Zum einen wird die Zahl der Pflegebedürftigen zwar gegen Ende der 2050er Jahre wieder sinken, die der Beitragszahlerinnen und -zahler jedoch ebenfalls. Damit wird der Beitragssatz nach der Entleerung des Fonds im Jahr 2055 nicht etwa sinken, sondern sich auf einem konstant hohen Niveau einpendeln. Das angesparte Guthaben reicht zudem für einen nennenswerten Stabilisierungseffekt bei Weitem nicht aus. Darum sollten die im Fonds gebundenen Beitragsmittel für aktuell notwendige Leistungen zur Verfügung stehen

Denkbar wäre auch eine Verwendung der frei werdenden Beitragsmittel für die Refinanzierung steigender Mittelbedarfe, wenn die Ungleichbehandlung von pflegebedürftigen Menschen mit Behinderung nach § 43a SGB XI beendet wird und diese Personen vollwertige Leistungen der Pflegeversicherung erhalten (s. o. Forderung 4).

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.